

結核指定医療機関指定書紛失届

令和 年 月 日

(宛先) 東大阪市長

医療機関の種類(○印)	1. 病院 2. 診療所 3. 薬局
医療機関コード番号(保険薬局番号) ※ 任意でご記入ください	No.
医療機関の所在地	〒
(フリガナ) 医療機関の名称	
医療機関の開設者等住所 (法人の場合は、法人の住所)	
医療機関の開設者等氏名 (法人の場合は、法人の名称及び代表者職氏名)	

結核指定医療機関指定書を紛失しましたので届け出ます。なお、紛失した結核指定医療機関指定書を発見した場合は、すみやかに返納します。

本届書の内容についての連絡先
TEL ()